VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 24)**

z dnia 24 czerwca 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 24)

24 czerwca 2015 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Michała Szczerby (PO),** przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dnia:

– informacja Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Zdrowia na temat: „Działania na rzecz poprawy Wskaźnika Aktywnego Starzenia (Active Ageing Index AAI) – miejsce i rola zdrowia publicznego";

– rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2014 r. (druk nr 3508) w zakresie działania Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Beata Małecka-Libera** sekretarz stanu w Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Marcińska** podsekretarz stanu w Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wraz ze współpracownikami, **Andrzej Lewiński** wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli, prof. dr hab. med. **Janusz Szymborski** członek Rządowej Rady Ludnościowej, **Marek Posobkiewicz** p.o. głównego inspektora sanitarnego wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Żyra z**astępca dyrektora Departamentu Badań Społecznych i Warunków Życia Głównego Urzędu Statystycznego, **Piotr Bednarski** dyrektor Instytutu Reumatologii, **Karol Poznański** kierownik ds. Polityki Zdrowia MSD Polska sp. z o.o., **Jarosław Szczepański** prezes SJ Consulting, **Krystyna Lewkowicz** przedstawiciel Ogólnopolskiego Porozumienia Uniwersytetów Trzeciego Wieku, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Bolesław Meluch** członek Rady Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Joanna Chaberska** kierownik pielęgniarek w domu pomocy społecznej, **Barbara Kaczmarska** członek zarządu Centrum Opiekuńczo-Leczniczego, **Małgorzata Mossakowska, Aleksandra Szybalska** przedstawicielki Instytutu Biologii Molekularnej i Komórkowej, **Janusz Piłatowicz** zastępca dyrektora Centrum Alzheimera w Warszawie, **Wojciech Wrona** specjalista w Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, **Renata Lipsz** przedstawiciel Domu Pomocy „Chemik", **Ewa Gołębiowska** kierownik Społecznej Akademii Nauk w Warszawie, **Maria Godlewska** wiceprezes Uniwersytetu Trzeciego Wieku Woli i Bemowa, **Bożena Sałacińska** przewodnicząca Rady Seniorów Kazimierzowski UTW, **Teresa Kołakowska-Bajtlik** Staromiejski UTW, **Zofia Mike-Siudak** przedstawiciel UTW w Warszawie oraz prof. dr hab. **Bolesław Samoliński** stały doradca Komisji

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska, Jakub Krowiranda** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dzień dobry państwu. Witam wszystkich bardzo serdecznie na 24. posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Witam wszystkich zaproszonych gości. Wszyscy państwo otrzymali zawiadomienia o posiedzeniu. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie ma. Stwierdzam przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Na dzisiaj przewidzieliśmy dwa punkty. Pierwszy – informacja ministra pracy i polityki społecznej oraz ministra zdrowia na temat: „Działania na rzecz poprawy Wskaźnika Aktywnego Starzenia (Active Ageing Index – AAI) oraz miejsce i rola zdrowia publicznego". Ten punkt ma referować minister pracy i polityki społecznej oraz minister zdrowia. Drugi punkt – rozpatrzenie

i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2014 r. (druk nr 3508) w zakresie działania Komisji. Ten temat będzie referował przedstawiciel prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Szanowni państwo, chciałbym przywitać naszych gości, panią minister Beatę Małecką-Liberę, sekretarza stanu w MZ, a zarazem pełnomocnika rządu ds. projektu ustawy o zdrowiu publicznym oraz panią Małgorzatę Marcińską, podsekretarza stanu w MPiPS. Witam serdecznie, panie minister. Witam również osoby towarzyszące z obu resortów. Myślę, że chyba tak, jak to zostało sformułowane w temacie tego punktu, rozpoczniemy od ministra pracy i polityki społecznej, czyli od pani minister Małgorzaty Marcińskiej.

Szanowni państwo, kwestia, którą chcemy omówić, ma bardzo istotne znaczenie. Wskaźnik aktywnego starzenia się stanowi narzędzie wzajemnego uczenia się, propagowania najwłaściwszych środków polityk służących wspieraniu aktywnego starzenia się. Ten wskaźnik umożliwia monitorowanie i porównywanie rezultatów w zakresie aktywnego starzenia się na różnych szczeblach, i międzynarodowym, i krajowym, i lokalnym. Wskazuje także na wykorzystywanie potencjału osób starszych w zakresie większego uczestnictwa w gospodarce, życiu społecznym. Ma także na celu promowanie bardziej aktywnej roli, większej autonomii osób starszych w starzejących się społeczeństwach. Wskaźnikiem aktywnego starzenia kierują się wspólnie Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Włączania Społecznego, a także Wydział ds. Ludności Europejskiej Komisji Gospodarczej ONZ.

Pani minister Marcińska na pewno dokładnie scharakteryzuje, w jakich obszarach ten wskaźnik występuje i jak Polska wygląda na tle innych krajów Unii Europejskiej. Bardzo proszę, pani minister.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej Małgorzata Marcińska:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Należy podkreślić, że Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej przyczynił się do tego, że aktywne starzenie się jest już pojęciem bardzo znanym, uwzględnianym w politykach publicznych, zwłaszcza dotyczących osób starszych, a przede wszystkim w polityce senioralnej, która jest realizowana w Polsce przez rząd. Jako przykład możemy podać, że aktywne starzenie się pojawiło się w najważniejszych dokumentach, które rząd w tej sprawie przyjął, a szczególnie w tzw. pakiecie seniorów z grudnia 2013 roku. Mam na myśli m.in. Założenia Długoterminowej Polityki Senioralnej w odnowionym Programie Solidarność Pokoleń 50+ – jest to program działań dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+ – oraz drugą edycję rządowego programu na rzecz aktywności osób starszych, czyli ASOS.

Wydaje się, że powinniśmy przywołać to, że UE definiuje aktywne starzenie jako pomoc ludziom, aby pomimo wieku mogli być odpowiedzialni za swoje życie tak długo, jak to możliwe, aby, o ile to możliwe, mieli wkład w gospodarkę i życie społeczeństwa. Wskaźnik aktywnego starzenia się stanowi narzędzie wzajemnego uczenia się i propagowania najwłaściwszych środków polityki, które służą wspieraniu aktywnego starzenia się. Chodzi o umożliwienie decydentom monitorowania i porównywania rezultatów w zakresie aktywnego starzenia się na różnych szczeblach, od krajowego, lokalnego, po międzynarodowy, wskazywanie niewykorzystanego potencjału osób starszych w zakresie większego uczestnictwa w gospodarce i w życiu społeczeństwa oraz niezależnym życiu i promowanie bardziej aktywnej roli i większej autonomii osób starszych w starzejących się społeczeństwach.

Projektem Wskaźnik Aktywnego Starzenia się kierują wspólnie Dyrekcja Generalna Komisji Europejskiej ds. Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Wyłączenia Społecznego oraz Wydział ds. Ludności Europejskiej Komisji Gospodarczej. W pierwszej fazie, rozpoczętej w 2012 r., Europejskie Centrum Polityki Społecznej i Badań w Wiedniu opracowało wskaźnik i opublikowało wyniki dla 27 państw członkowskich UE. W obecnej, drugiej fazie, którą zleciła Grupa ekspercka ds. wskaźnika, rozszerza się jego stosowanie na nowe państwa i różne punkty czasowe. Wskaźnik aktywnego starzenia się, jak wiemy, ma złożony charakter i służy do pomiaru nie tylko dobrobytu osób starszych, ale również ich wkładu w życie społeczeństwa. Rozpatruje się w nim cztery aspekty, na które

składają się 22 wskaźniki cząstkowe. Aspektom przypisuje się po kolei takie wagi, jak: zatrudnienie 35%, aktywność społeczna także 35%. Aktywność rozumiana m.in. jako wolontariat, opieka nad dziećmi i wnukami, opieka nad osobami starszymi, aktywność społeczna i polityczna, niezależne życie w zdrowiu i bezpieczeństwie – tutaj waga wynosi 10%. Zdolność przygotowania otoczenia do wykorzystania potencjału starzejącego się społeczeństwa – waga 20%.

Do obliczenia wskaźnika wykorzystuje się dane pochodzące z takich źródeł, jak Eurostat czy Fundacja Europejska. Komitet Ekspertów dostosowuje dane, aby zapewnić ich porównywalność, ale już nie dokonuje ich standaryzacji. Sprawia to, że wyliczony wskaźnik ma charakter bezwzględny. Z jednej strony jest to zaleta, ponieważ nie ma konieczności wykonywania korekt, gdy dodawane jest nowe państwo lub gdy zmienia się kontekst polityczny. Oznacza to także, że wyniki sprawiają wrażenie dość niskich i nawet najlepsze państwa osiągają wynik poniżej 50%. Uzyskanie maksymalnego wyniku jest kwestią bardziej teoretyczną.

Wskaźnik aktywnego starzenia się obliczono na szczeblu państw członkowskich, co dało następujące wyniki. Najwyższy wynik uzyskała Szwecja – 44%; Dania, Irlandia, Zjednoczone Królestwo, Niderlandy, Finlandia zdobyły ponad 38%. Wiele państw członkowskich osiągnęło wynik między 36 a 30%. Cztery państwa, które uzyskały najniższy wynik, to Grecja, Węgry, Słowacja, Polska – 27,3%.

Zaprezentowane wyniki dotyczące np. zatrudnienia, dowodzą dużych rozbieżności, ponieważ wahają się od 41% w Szwecji do 17,8% na Węgrzech. Dysproporcje między państwami są dużo mniejsze w przypadku trzech pozostałych aspektów. Jeśli chodzi o uczestnictwo w życiu społeczeństwa, wyniki sięgają od 25% w Irlandii do 12% w Polsce. W przypadku niezależnego życia w zdrowiu i bezpieczeństwie rozpiętość wynosi od 79% w Danii do 63% na Łotwie. W przypadku możliwości i warunków sprzyjających aktywnemu starzeniu się jest to zakres od 69% w Szwecji do 42% w Rumunii. Różnica w wynikach uwarunkowana płcią jest najbardziej zauważalna w dziedzinie zatrudnienia. Na Cyprze i Malcie ta różnica przekracza 20%.

Należy podkreślić także, że wszystkie państwa UE stają przed problemem, jakim jest określenie sposobu, tak to określę, odblokowania potencjału osób starszych. Wskaźnik aktywnego starzenia się figuruje w planie działania, dotyczącym wdrażania pakietu inwestycji społecznych, jako narzędzie, które ma pomóc państwom członkowskim lepiej inwestować w umiejętności i możliwości osób starszych. Ważne jest także stwierdzenie, czy regionalny wskaźnik aktywnego starzenia się może być użytecznym rozszerzeniem tego powyższego. Zastosowanie wskaźnika aktywnego starzenia się na szczeblu regionalnym i lokalnym zyskuje na znaczeniu, a sam wskaźnik jest coraz częściej postrzegany jako narzędzie, które może usprawnić dialog prowadzony na gruncie polityki. Z metodologicznego punktu widzenia dopuszczalna jest już pewna elastyczność stosowanych rozwiązań, o ile tylko nie zostaną naruszone szersze ramy koncepcyjne, co wyraża hasło „Elastyczność z zachowaniem wierności". Pomyślne zastosowanie wskaźnika aktywnego starzenia się w perspektywie regionalnej wymaga inwestycji w gromadzenie danych. Tylko w ten sposób możemy przezwyciężyć powszechną przeszkodę w obliczeniu regionalnego wskaźnika aktywnego starzenia się. Tylko w ten sposób możemy mieć możliwość określenia różnic regionalnych, takich jak chociażby różnice między obszarami miejskimi i wiejskimi.

Badania wskaźnika aktywnego starzenia się w ujęciu regionalnym, na zlecenie Departamentu Polityki Senioralnej MPiPS były wykonywane dwukrotnie: w latach 2013 i 2014. Zamieściliśmy w materiale tę tabelę. Najniższy wskaźnik ma Warmińsko-Mazurskie, najwyższy – Mazowieckie, przez Małopolskie, Pomorskie i Podkarpackie. Mazowieckie to około 33% . Działania w obszarze zdrowia publicznego mają największe znaczenie w dziedzinie – Niezależne życie w zdrowiu i bezpieczeństwie osób starszych, które jest mierzone we wskaźniku aktywnego starzenia się. W tym aspekcie do wskaźników cząstkowych zaliczane są ćwiczenia fizyczne, dostęp do opieki zdrowotnej, stomatologicznej, samodzielne życie, bezpieczeństwo finansowe czy bezpieczeństwo fizyczne, a także uczenie się przez całe życie. W aspekcie możliwości i warunków sprzyjających

aktywnemu starzeniu się zawierają się takie wskaźniki, jak pozostała i oczekiwana długości życia w wieku 55 lat oraz oczekiwanej części życia w zdrowiu w wieku 55 lat.

W pracach nad założeniami polityki senioralnej i innych programów, realizowanych przez MPiPS, wykorzystywana jest koncepcja aktywnego starzenia się, która definiowana jest jako proces umożliwiający zarówno jednostkom, jak i grupom społecznym, zagospodarowanie ich potencjału z perspektywy całego życia i zachowania zarówno dobrostanu psychicznego, fizycznego, jak i aktywności zawodowej, społecznej oraz niezależności i samodzielności. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020 zawierają wiele rekomendacji kierunków interwencji, które mają umożliwić podjęcie kompleksowych działań na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się. Wśród kluczowych obszarów Długofalowej Polityki Senioralnej należy wymienić: zdrowie i samodzielność, aktywność zawodową, aktywność edukacyjną, społeczną i kulturalną, a także „srebrną" gospodarkę i relacje międzypokoleniowe. Wśród najważniejszych spraw w obszarze zdrowia i samodzielności znalazły się: rozwój geriatrii jako specjalizacji, przygotowanie i doskonalenie zawodowe kadry medycznej w kierunku całościowej i kompleksowej opieki zdrowotnej nad starszym pacjentem, przygotowanie do okresu własnej starości pod względem wiedzy na temat zmian psychicznych i fizycznych podczas procesów starzenia się i wiele innych. Tych rekomendacji jest około dziesięciu.

Ważne podkreślenie, od tego też zaczęłam swoją wypowiedź – dzięki przyjęciu i realizacji rządowego Programu na Rzecz Aktywności Osób Starszych na lata2014-2020, organizacje pozarządowe i inne podmioty uprawnione mają zlecone zadania publiczne w ramach czterech priorytetów: edukacji osób starszych, integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej, partycypacji obywatelskiej osób starszych i osób społecznych. Bezpośredni beneficjenci tego programu, osoby 60+, dzięki możliwości skorzystania z szerokiej oferty w środowisku lokalnym mogą uczestniczyć w zajęciach edukacyjnych z zakresu różnych dziedzin, w tym m.in. profilaktyki zdrowotnej.

Co ważne, rząd realizuje kolejny program, który został przyjęty na lata 2015-2020, czyli program wieloletni Senior-WIGOR. Seniorzy w ramach usług oferowanych w dziennych domach Senior-WIGOR będą mogli skorzystać także z zajęć prozdrowotnych, w tym profilaktyki zdrowotnej. Te zajęcia obejmują usługi w zakresie aktywności ruchowej lub kinezyterapii i oferty edukacyjnej. Nie bez powodu, to właśnie obszar ochrony zdrowia osób starszych jest identyfikowany jako jeden z najważniejszych w polityce senioralnej w Polsce. Te wyzwania, wynikające z procesu starzenia się społeczeństwa, wymagają podjęcia wielokierunkowych działań, które rząd realizuje w wielu aspektach. Bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, pani minister. Rzeczywiście jest tak, że wskaźnik aktywnego starzenia się ma bardzo złożony charakter i służy do pomiaru nie tylko dobrobytu osób starszych, ale również wkładu, jaki mają one w życie społeczeństwa. Rozpatruje się w nim cztery aspekty, o których pani minister wspomniała. Są to zatrudnienie, uczestnictwo w życiu społeczeństwa, czyli partycypacja społeczna, niezależne życie w zdrowiu i bezpieczeństwie, ale również możliwości i warunki sprzyjające aktywnemu starzeniu się. O ile znamy te wszystkie działania, które już od dwóch lat prowadzi Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, to, jeśli patrzymy na działania resortu zdrowia, w szczególności pani pełnomocnik ds. ustawy o zdrowiu publicznym, musimy powiedzieć, że wielkie nadzieje wiążemy z procedowanym aktualnie, przygotowanym już projektem ustawy o zdrowiu publicznym, który, mam nadzieję, niedługo wyjdzie z Rady Ministrów do Sejmu i będzie przedmiotem prac nie tylko Komisji Zdrowia, ale również naszaj Komisja będzie nim w sposób istotny zainteresowana.

Jak rozumiem, celem ustawy – której projekt, jak również miejsce w nim osób starszych, dokładnie scharakteryzuje pani minister – jest przede wszystkim prowadzenie takich działań przez różne agendy, organy administracji publicznej, które mają na celu przede wszystkim zwiększenie liczby lat przeżywanych w zdrowiu, poprawę jego jakości związanej ze zdrowiem oraz zmniejszenie liczby chorób i urazów.

Ustawa to pierwszy element. Kolejnym jest Narodowy Program Zdrowia, który, jak rozumiem, również będzie przewidywał konkretne działania dotyczące grupy wiekowej 65+.

Pani minister, bardzo proszę o scharakteryzowanie podjętych działań. Proszę o pokazanie w miarę możliwości horyzontu aktualnie prowadzonych prac oraz różnych innych działań MZ. Chodzi także o zapowiedzi nowego ministra, pana profesora Zembali, również w zakresie przygotowywanego pakietu geriatrycznego, z którym nasza Komisja wiąże duże nadzieje. Bardzo dziękuję i proszę o zabranie głosu.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Beata Małecka-Libera:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Ministerstwo Zdrowia, minister zdrowia również widzi problem związany z demografią. Intensywne prace, które już od pewnego czasu toczą się w ministerstwie, wskazują jednoznacznie, że polityka zdrowotna kierowana do osób starszych staje się jednym z ważniejszych priorytetów i wyzwań na przyszłe lata. Wskaźnik, o którym państwo dzisiaj tu mówią, wskaźnik aktywnego starzenia się jest narzędziem, które będzie wykorzystywane także do budowania polityki zdrowotnej w naszym ministerstwie, do oceny pewnych przedsięwzięć, które już podejmowaliśmy i które będziemy chcieli podjąć.

Jak już było wcześniej powiedziane, wskaźnik aktywnego starzenia się składa się z czterech elementów, wśród których element zdrowotny jest osobno wypunktowany, jako niezależne życie w zdrowiu i bezpieczeństwie, osiągane poprzez ćwiczenia fizyczne, dostęp do opieki zdrowotnej, niezależne życie, bezpieczeństwo finansowe, bezpieczeństwo fizyczne i uczenie się przez całe życie. Wagę tego elementu, określono tylko na 10%. W mojej ocenie – bardzo słusznie, dlatego że aktywne starzenie się to jest wiele różnych czynników i elementów, które zaczynają się od momentu urodzenia dziecka, poprzez wychowanie, wczesne dzieciństwo, następnie aktywność przez całe życie, elementy związane ze środowiskiem, z miejscem pracy itd. Mówimy o szeroko pojętym zdrowiu publicznym i wielu czynnikach, które oddziałują na stan naszej zdrowotności.

Ten element, mówię o zdrowiu publicznym, jego waga i zrozumienie, dopiero od pewnego czasu ma swoją pozycję i swój wymiar, dlatego też – o co pan przewodniczący zapytał – prace nad ustawą o zdrowiu publicznym oraz Narodowym Programem Zdrowia trwają. Za chwilę powiem państwu, jak wygląda harmonogram czasowy. Bardzo mocno chcę podkreślić, że ustawa o zdrowiu publicznym, która tylko otwiera całą tę przestrzeń, jest elementem systemu opieki zdrowotnej. Tylko wówczas, kiedy te dwa elementy, czyli typowa medycyna kliniczna, lecznicza, plus elementy związane z zapobieganiem i z profilaktyką, będą w równym wymiarze współdziałać ze sobą, będziemy mogli mówić o prawdziwej polityce zdrowotnej tzw. aktywnego starzenia się.

Ustawa o zdrowiu publicznym czeka na przyjęcie przez Radę Ministrów, czyli ten ostatni etap, który musi przejść ze względów proceduralnych. Jestem głęboko przekonana, iż mimo tego, że zbliżamy się już do okresu wakacyjnego, to zdążymy ją uchwalić. Posiedzeń Sejmu będzie jeszcze kilka, więc z pełną nadzieją wierzę, że jednak zdołamy przeprowadzić cały tryb legislacyjny. Jestem przekonana, że ustawa jeszcze w tej kadencji powinna być sfinalizowana.

Najważniejszym elementem ustawy, tak jak pan przewodniczący powiedział, jest Narodowy Program Zdrowia, który ta ustawa wprowadza. Będzie to rozporządzenie Rady Ministrów, ale jest umocowane przez ustawę. Jest to plan pięcioletni. Mam nadzieję, że przez kolejne lata będzie on modyfikowany i uchwalany na następne pięcioczy dziesięciolecia.

Bardzo ważnym elementem ustawy o zdrowiu publicznym jest kwestia finansowania NPZ. Trzeba pamiętać, że dotychczas wiele naszych narodowych programów zdrowotnych, mimo tego że były przyjmowane w formie ustawowej, nie miało źródła finansowania i nie mogło być realizowane. Dlatego cenimy to, że ustawa nie tylko wprowadza narodowy program, ale także pokazuje źródło jego finansowania.

NPZ dotyczy czynników ryzyka, które oddziałują na stan zdrowotności. Nie chciałabym dokładnie go omawiać, bo jest jeszcze w sferze tworzenia i projektu, który nawet nie wyszedł jeszcze do konsultacji zewnętrznych. Natomiast czas, jaki mamy, absolutnie

pozwala mi powiedzieć, że we wrześniu zobaczą państwo ten projekt po konsultacjach, który później będzie przyjmowany przez Radę Ministrów.

Co jest ważne w NPZ, patrząc z punktu widzenia tematów, którymi się państwo w Komisji zajmują? Oprócz czynników ryzyka i oddziaływania determinantów zdrowia i czynników wpływających na zdrowotność, wyodrębniona została grupa senioralna. Do niej będziemy kierować odrębnie przygotowaną politykę zdrowotną dla osób starszych. Spotkaliśmy się w gronie ekspertów, w gronie Zespołu ds. Gerontologii i spojrzeliśmy na problem, jaki mamy z wyzwaniami i opieką zdrowotną nad osobami starszymi. Spójrzmy na to nie tylko przez pryzmat leczenia i geriatrii, o której dość często tutaj państwo słyszą. Ten temat jest ministrowi zdrowia znanym.

Wiemy, na jakim etapie znajduje się w tej chwili leczenie geriatryczne, jakie wyzwania w tym zakresie przed nami stoją, ale oprócz leczenia postawiliśmy także na element profilaktyki. Proszę pamiętać, osoby starsze, to są osoby 60+, które wymagają nieco innego wsparcia zdrowotnego, i osoby 85+, które wymagają absolutnie innego zaangażowania zarówno ze względu na potrzeby zdrowotne, jak i wsparcie społeczne, opiekuńcze i pielęgnacyjne. Dlatego też w naszej strategii zdrowotnej, którą przygotowujemy i która będzie wpisana również do NPZ, są z dużą siłą i determinacją podkreślane te elementy, które oddziałują na aktywne starzenie się, czyli profilaktyczne, zapobiegawcze i edukacyjne. Tego typu projekty ukażą się w NPZ.

Oprócz tego chcę państwu powiedzieć, że MZ przygotowało nowy projekt opieki nad osobami 65+. Będzie on realizowany pod postacią projektu – dzienne domy opieki medycznej. W tych domach osoby, które wcześniej były hospitalizowane, będą mogły – podkreślam, dziennych domach – być rehabilitowane. Będzie im również udzielana pomoc pielęgnacyjna, jak również opiekuńcza. Po zakończeniu takiego leczenia i opieki, te osoby będą mogły aktywnie wrócić do swojego normalnego życia. Jest to jeszcze jeden dodatkowy element pomocy osobom potrzebującym, które oprócz rehabilitacji potrzebują także wsparcia pielęgnacyjnego.

Proszę państwa, mogę powiedzieć tylko tyle, że MZ pracuje nad tego typu programami. Jesteśmy dość mocno zaangażowani w tworzenie pewnych rozwiązań, myślę, że we wrześniu będzie ten czas, kiedy państwo będą mogli dyskutować nad NPZ i nad różnymi elementami profilaktyki dla osób w wieku senioralnym.

Uważam, że wskaźnik aktywnego starzenia się jest bardzo dobrym narzędziem oceny. Myślę, że wkrótce również ta część, mimo że wagi tylko 10-procentowej, ale jednak związana ze zdrowym starzeniem się, będzie oceniana. W tej chwili jesteśmy jeszcze na szarym końcu, jeżeli chodzi o ten wskaźnik. Jestem jednak głęboko przekonana, że te wszystkie działania profilaktyczno-zapobiegawcze, które będziemy proponować, spowodują, że ten wskaźnik zdecydowanie się poprawi.

Wszystkie pozostałe informacje, jakie działania prowadzimy, w jakim zakresie, są szczegółowe rozpisane – dostali je państwo w materiałach, które były przekazane panu przewodniczącemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję, pani minister. Też trzymamy kciuki, żeby jak najszybciej ta ustawa się pojawiła w Sejmie, bo nie ukrywam, że wiążemy z nią bardzo duże nadzieje. Jesteśmy po kolejnych obradach Forum Rynku Seniora, razem z panem dyrektorem Poznańskim uczestniczyliśmy w panelu dyskusyjnym dotyczącym wyzwań demograficznych w aspekcie zdrowia publicznego.

Jest jeszcze kilka innych spraw, które są dla nas istotne i o których była mowa podczas Konferencji Rynku Zdrowia. Myślimy przede wszystkim – to jest postulat do pani minister, który pojawia się także na posiedzeniach naszej Komisji – o nowej usłudze medycznej, do zakontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jaką byłaby całościowa ocena geriatryczna wprowadzona do specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego. Moim zdaniem, jest to brak w systemie, który ma istotne znaczenie z punktu widzenia całościowego, holistycznego podejścia do pacjenta w wieku podeszłym.

Drugi element, który pojawił się w trakcie dyskusji, a który także jest wynikiem pewnych doświadczeń, jeśli chodzi o informację, jaka płynie z niektórych oddziałów NFZ,

to wykorzystywanie środków na geriatrów, na poradnie geriatryczne. Są województwa, takie mamy informacje, w których te środki są zwracane NFZ, czyli barierą jest kierowanie przez lekarza POZ do geriatry. W związku z tym, czy rozważana jest w ogóle przez MZ taka zmiana, aby zlikwidować konieczność skierowania do geriatry, aby uczynić ten dostęp łatwiejszym dla osoby w wieku podeszłym.

To są dwa pytania, które chciałem pani minister zdać. Bardzo dziękuję.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Panie przewodniczący, wiele wątków pan poruszył i wiele ciekawych kwestii. Może zacznę od oceny geriatrycznej w ASOS. Rozważaliśmy ten temat, ale jeszcze za wcześnie na poglądy, bo w tej chwili jest on jeszcze oceniany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, ta usługa musi zostać wyceniona. Chcę powiedzieć, że taka ocena została rozporządzeniem wprowadzona w szpitalach. To, co teraz powiem, będzie się łączyło z drugą częścią pytania, które pan zadał, a mianowicie – żeby ta ocena była rzetelna, lekarze i pielęgniarki muszą się tego nauczyć. To jest proces, który trwa. W tej chwili jeszcze nie wszystkie szpitale realizują to rozporządzenie, nie wszędzie ocena geriatryczna jest realizowana, bo, tak jak mówiłam, potrzeba nam również szkolenia personelu, szkolenia lekarzy i pielęgniarek. To jest w trakcie realizacji, zarówno pielęgniarki, jak i lekarze, głównie lekarze rodzinni, są przeszkalani, edukowani w tej kwestii oceny, są przygotowywani do pracy z osobami starszymi. Ale tak jak ze wszystkim w medycynie, potrzeba na to czasu.

Drugie pytanie?

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Chodziło o możliwość skorzystania z porady geriatry bez skierowania od lekarza POZ.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Nie, nie rozważaliśmy takiego postulatu i takiej możliwości z wielu względów. Chociażby dlatego, że jesteśmy świadomi, ilu mamy geriatrów. Mimo że w tej chwili prawie 200 osób jest w okresie kształcenia się i dołączy do lekarzy, którzy już są, uważamy, że jeszcze nie jesteśmy jeszcze na tym etapie, aby móc rozważać taką możliwość. Zastanawialiśmy się nad konsultacjami geriatrycznymi, które pomagałyby internistom pracującym na różnych oddziałach szpitalnych. Wydaje się, że tryb konsultacji jest obecnie wystarczający. Rozmawialiśmy w gronie ekspertów o edukacji lekarzy rodzinnych, bo widzimy dla nich znakomitą rolę w tym obszarze. Lekarz rodzinny, który zostanie odpowiednio przeszkolony, będzie przygotowany do opieki nad osobą starszą, wówczas część tych obowiązków mogłaby zostać im przekazana. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Może jeszcze trzecie pytanie, dotyczące oczywiście dziennych domów pomocy medycznej. Wiemy, że ten pilotaż MZ, który uważamy za bardzo cenną inicjatywę, ma ruszyć w formie konkursowej od lipca. Prosiłbym o kilka słów na temat tego konkursu, jakie założenia stawiane są przez tym programem i kto może być jego beneficjentem tak, aby te jednostki czy ci potencjalni beneficjenci mogli się przygotować do aplikowania o te środki. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Panie przewodniczący, ten pilotaż jest przygotowany. Jeżeli pyta pan o szczegóły, to bardzo proszę, żeby udzielił odpowiedzi pan dyrektor, który to przygotowywał.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo proszę, pan dyrektor Dariusz Poznański.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego MZ Dariusz Poznański:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, w ciągu najbliższych, mam nadzieję, dwóch, trzech tygodniach zostanie ogłoszony konkurs na dzienne domy opieki medycznej. Proszę śledzić stronę internetową zdrowie.gov.pl, to jest nasza strona, na której są ogłaszane wszystkie konkursy dotyczące naszych programów operacyjnych, w których dysponentem środków jest MZ. Na ten projekt przewidzieliśmy 40 mln zł. Minimalny zakres projektów, które chcielibyśmy sfinansować, to 40 projektów, każdy

po milionie złotych. W procedurze konkursowej jakieś oszczędności mogą się pojawić, więc być może uda się nam tych projektów zrealizować więcej. Projekty mają trwać 24 miesiące, są adresowane do wszystkich podmiotów leczniczych, które będą spełniały standardy. Nie zamykamy się na jakieś konkretne formy, to może być przy jakimś dużym zespole ambulatoryjnym, czy przy jakiejś formie opieki długoterminowej, czy też przy szpitalach. Potrzebne będzie spełnienie warunków formalnych i warunków dotyczących personelu. Staraliśmy się podejść do kwestii wymagań personalnych w sposób dość elastyczny.

Jest to dla nas pilotaż, jest to testowanie nowej formy opieki, która nie jest przedmiotem finansowania ze świadczeń gwarantowanych. Jest to też pierwszy projekt, w którym będziemy płacili za świadczenia opieki zdrowotnej. W poprzedniej perspektywie finansowej nie było takiej możliwości, finansowaliśmy tylko np. inwestycje w infrastrukturę, a teraz udało się nam wynegocjować z Komisją Europejską również możliwość finansowania świadczeń. Będzie to dla nas nowe doświadczenie.

Wiemy, że zainteresowanie jest bardzo duże i bardzo się z tego cieszymy. Nie wiemy do końca, jaki będzie profil świadczenia dla osób, które będą składały oferty. Zobaczymy. Profil pacjentów, którzy mieliby tam trafiać, to, jak pani minister wspomniała, to osoby po hospitalizacjach. Jest to pewna forma opieki poszpitalnej, ale mogą być też kierowane osoby, które są zagrożone hospitalizacją, czyli jest to forma pośrednia. Chcemy, aby w jak największym stopniu te domy były adresowane do osób starszych. Co najmniej ¾ pacjentów, którzy mają być objęci opieką, powinny stanowić osoby w wieku 65+. Jednym z kryterium kwalifikacyjnych będzie – będzie dokonywana ocena na wejściu – systematyczna ocena zdrowia pacjenta i ocena przed wypisem. Wymogiem formalnym, skalą która będzie stosowana, jest dobrze znana z opieki długoterminowej skala Barthel. Proponujemy, żeby to były osoby, które mają w tej skali od 40 do 65 punktów. Jak wiemy, opieka długoterminowa obejmuje pacjentów od 0 do 40. Naszym zdaniem, jest to element uzupełniający system opieki długoterminowej, nowa forma opieki szpitalnej. Jak mówiłem, jeszcze ostatnie formalności muszą zostać dopełnione, czyli akceptacja komitetu sterującego i będziemy ten konkurs ogłaszać. Szczegóły będą na naszej stronie internetowej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Serdecznie dziękuję pani minister i panu dyrektorowi za te wyjaśnienia: 40 mln zł, dzienne domy opieki medycznej. Zapraszamy wszystkie podmioty lecznicze, aby interesowały się tym programem. Wiem, że w obrębie szpitali i przychodni są takie przestrzenie, które można adaptować, które mogą służyć właśnie tym pacjentom, wymagającym dziennych form hospitalizacji lub też takiej opieki, która doprowadzi do tego, że hospitalizacja nie będzie potrzebna. Dziękujemy za tę informację.

Szanowni państwo, proponuję w tej chwili rozpoczęcie dyskusji, także zadawanie pytań paniom ministrom. Ale chciałbym poprosić o głos jeszcze pana prof. Janusza Szymborskiego z Rządowej Rady Ludnościowej. Zajmowała się ona w swoich pracach kwestią wskaźnika aktywnego starzenia się. W tym zakresie chciałbym prosić o wypowiedź pana profesora. Jednocześnie chciałbym poprosić o podsumowanie dzisiejszej dyskusji pana profesora Samolińskiego, stałego doradcę naszej Komisji, równocześnie jednego z kluczowych ekspertów pracujących nad projektem ustawy o zdrowiu publicznym. Jeżeli możemy taką formułę zaakceptować, to usłyszelibyśmy najpierw pana profesora Samborskiego, później dyskusja i podsumowanie, wyciągnięcie wniosków z dzisiejszego posiedzenia, o co poprosilibyśmy pana profesora Samolińskiego. Bardzo proszę, panie profesorze.

Członek Rządowej Rady Ludnościowej prof. dr hab. med. Janusz Szymborski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, z upoważnienia pana profesora Zbigniewa Strzeleckiego, przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej, chciałbym przekazać kilka uwag związanych z raportem na temat zdrowego starzenia się, który ukazał się w kwietniu 2014 r. i zawiera dane odnoszące się do lat 2010 i 2012. Wydaje mi się, że tych kilka uwag jest istotnych dla określenia roli zdrowia publicznego w działaniach na rzecz poprawy tego wskaźnika.

Uwaga pierwsza. Bogate państwa członkowskie UE z północy i zachodu Europy mogą się pochwalić najwyższymi wskaźnikami aktywnego starzenia się. Zachodzi pytanie, czy i w jakim stopniu ten ranking, w którym Polska jest na przedostatnim miejscu, odzwierciedla dysproporcje nie tylko w bogactwie, ale także w polityce zdrowia publicznego pomiędzy krajami UE? Na szczycie rankingu znajduje się Finlandia, która jest pokazywana jako kraj wzorcowy, w którym działania w obszarze zdrowia publicznego przyczyniły się do radykalnych zmian stanu zdrowia społeczeństwa.

Uwaga druga. Nawet kraje, które zajmują czołowe miejsca w rankingu ogólnym, nie utrzymują swojej pozycji we wszystkich czterech wymienionych obszarach i mają jeszcze do odrobienia znaczący dystans, aby osiągnąć wskaźniki docelowe. Tutaj uwaga – w jednym z materiałów zobaczyłem informację, że osiągnięcie 100% jest nierealne. Oczywiście, że nie jest realne, ale w tym raporcie ustala się o wiele bardziej realistyczne wskaźniki, bo docelowy ogólny wskaźnik to jest 57,5%, zatrudnienie 54,2%, partycypacja społeczna 46%, samodzielność życiowa 70%, warunki 77,7%. Nawet te najbogatsze kraje mają jeszcze wiele do zrobienia, podkreślam to dlatego, żeby nie popadać w jakieś czarnowidztwo, bo wszystkie 28 krajów, nawet najlepszych, ma coś do zrobienia.

Jeżeli chodzi o dół rankingu, w tym o Polskę, to także nie są najgorsze te kraje, które są na dole ogólnego rankingu w poszczególnych obszarach. I tak Polska, która jest przedostatnia w rankingu ogólnym i ciągle ostatnia w obszarze partycypacji społecznej, zajmuje znacznie wyższe, bo 20. miejsce w obszarze zatrudnienia i 22. w obszarze – warunki dla zdrowego starzenia się. Z punktu widzenia zdrowia publicznego zachodzi istotne pytanie – czy i w jakim stopniu zdrowie publiczne może wpływać na zmienność pozycji w rankingu tych czterech, szczegółowo analizowanych obszarów?

Uwaga trzecia. Dotyczy różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami. Otóż we wszystkich krajach wyniki tego wskaźnika dla mężczyzn są wyższe niż dla kobiet, co, moim zdaniem – patrzę tu na pani dyrektor z Głównego Urzędu Statystycznego – może być jednak wynikiem doboru kohorty, zmienności kohorty mężczyzn i kobiet.

Uwaga czwarta – może najistotniejsza. Pomimo kryzysu w wielu krajach UE, pomimo różnych programów oszczędnościowych wdrożonych w ostatnich latach w UE, wskaźnik aktywnego starzenia się wzrasta. Średnio w UE w ciągu lat 2010-14 wzrósł o 2 punkty procentowe, a jest 9 krajów, które poprawiły ten wynik o 3 punkty procentowe, w tym, chciałbym to zaznaczyć ze szczególnym naciskiem, takie kraje jak Czechy 3-4, Chorwacja 3-2, Bułgaria 2-9, Węgry 2, Słowacja 1,7. Na tym tle Polska nie wypada imponująco, bo odnotowano wzrost o 1,2 punktu procentowego, ale w latach 2010-2012 to było tylko 0,1, a w 2012-2014 o 1 punkt procentowy, czyli jest jednak widoczna dynamika wzrostu. Przy tym, co jest bardzo istotne, te liczbowe dane dają możliwość podejmowania różnych przekrojowych analiz.

Ten wzrost w przypadku Polski dotyczy głównie obszaru zatrudnienia. W tej kwestii nie znajduję wytłumaczenia, może pani minister pomoże, jesteśmy na jednym z najwyższych, bo na trzecim miejscu wśród 28 krajów, a nasz wzrost wyniósł aż o 4,1% przy ogólnym dla UE 0,6%. Dotyczy to także warunków zdrowego starzenia się, tu wzrost jest o 1 pkt proc. Z punktu widzenia możliwości poprawy naszej lokaty warto zwrócić uwagę na fakt, że kraje o najwyższym wzroście wskaźnika aktywnego starzenia się, w tym kraje Europy Środkowo-Wschodniej, o których wspomniałem, odnotowały też szczególny wzrost w obszarze partycypacji społecznej oraz samodzielnego życia. W Polsce w tych dwóch obszarach – to z naszego punktu widzenia jest temat do dalszych analiz – te wskaźniki pogorszyły się. U nas poprawa nastąpiła w zatrudnieniu i warunkach. A jeżeli chodzi o partycypację społeczną i samodzielne życie, nastąpiło pogorszenie. Teraz zachodzi z punktu widzenia zdrowia publicznego pytanie, kierowane do pani minister Beaty Małeckiej-Libery – czy i w jakim stopniu to jest nasza nadzieja, o której wspominał pan przewodniczący, czy i w jakim stopniu polityka zdrowia publicznego w Polsce, która będzie uregulowana ustawowo i będzie dysponować dobrym narzędziem w postaci Narodowego Programu Zdrowia, może wzmocnić pozytywne efekty działań w obszarach zatrudnienie i warunki dla zdrowego starzenia się oraz odwrócić niekorzystne tendencje w obszarach partycypacji społecznej i samodzielnego życia?

Nie chciałbym wprowadzać pewnego dysonansu, bo pani minister skupiła się głównie na elementach szczegółowych, które dotyczą zdrowia, ale perspektywa zdrowia publicznego wskazuje, że ma ono coś do zaoferowania także, jeżeli chodzi o zatrudnienie w sferze np. medycyny pracy, czy stanu zdrowia osób, które mogą podjąć pracę, i w przypadku partycypacji społecznej, wolontariatu. Dane, które przytoczyłem, mogą wskazywać, chciałbym to wyraźnie podkreślić, że w Polsce polityka senioralna przynosi już widoczne pozytywne rezultaty, ale w celu osiągnięcia dalszego i trwalszego postępu konieczna jest dokładna analiza wszystkich składowych tego wskaźnika, ustalenia słabych i mocnych stron prowadzonych przez państwo przedsięwzięć i wyciągnięcie z tych analiz wniosków, które będą służyć działaniom w zakresie wszystkich obszarów polityki senioralnej.

Według Rządowej Rady Ludnościowej polityka zdrowia publicznego powinna odegrać istotną rolę w odniesieniu do wszystkich obszarów: i tych dwóch pierwszych, których waga jest 35%, i tego trzeciego z 10%, i warunków, gdzie waga jest tylko 20%. Teraz zachodzi pytanie – czy realizowane w ramach programu Aktywności Społecznej Osób Starszych projekty, w których są programy związane ze zdrowiem publicznym, z edukacją, istotne z punktu widzenia aktywnego starzenia się, są wyłaniane, kontynuowane i rozpowszechniane w ramach dobrych praktyk? To byłoby pytanie do sektora zdrowia, do pana dyrektora – jakie projekty zrealizowanych i przynoszących dobre efekty programów, tych kilkuset programów realizowanych w ramach ASOS, zostały przejęte przez sektor zdrowia, dotyczące edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, wyrównywania szans itd.

Chciałbym finalizować swoją wypowiedź, pokazując mocne i słabe strony wskaźnika aktywność społeczna osób starszych. Są trzy mocne elementy, które potwierdzają zdanie pana przewodniczącego i pań ministrów o wadze tego zagadnienia. Po pierwsze, przejrzystość liczbowych wskaźników, które mogą być użyteczne do oceny prowadzonej i programowania długoterminowej polityki mającej na celu sprostanie wyzwaniu związanym z procesem starzenia się ludności, w tym wyzwaniom znajdującym się w obszarze zainteresowania zdrowia publicznego. Znajdujemy je też w zatrudnieniu i w partycypacji społecznej.

Mocna strona druga, to przekrojowe porównania poszczególnych obszarów i szczegółowych wskaźników w tych czterech obszarach, które mogą potencjalnie pomóc w identyfikacji priorytetów zarówno polityki senioralnej, jak i polityki zdrowia publicznego, w wyborze innowacyjnych instrumentów tej polityki, co wydaje się szczególnie istotne w obliczu finalizowania prac nad ustawą o zdrowiu publicznym.

Po trzecie, wartością dodaną jest możliwość prowadzenia nie tylko jednowymiarowych analiz, ale wielowymiarowych analiz tych wskaźników, łącznie z wymiarem zdrowia publicznego we wszystkich czterech obszarach.

Kilka zdań na temat tych ograniczeń, które dostrzegamy, związanych z używaniem wskaźnika aktywnego starzenia się. Po pierwsze, to są wysokie wymagania, dotyczące jakości danych, w wielu krajach fakt słabości danych ogranicza porównywalność wskaźników pomiędzy poszczególnymi krajami i na przestrzeni czasu. Jakość statystyk zdrowia publicznego w Polsce wydaje się bardzo poważnym wyzwaniem. Po drugie, słabość widzimy w tym, że metodologia agregacji danych ogranicza, jak do tej pory, analizę powiązań pomiędzy 22 wskaźnikami. Są one traktowane indywidualnie, a przecież są one ze sobą bardzo powiązane, także te, które dotyczą zdrowia publicznego. Trzecią słabością, już wspomnianą, jest efekt kohorty, który ujawnia bardzo duże różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami, a który nie musi wynikać z przesłanek obiektywnych, tylko metodologicznych. Największa słabość dotychczas prowadzonego rankingu z punktu widzenia zdrowia publicznego – brakuje informacji na temat nierówności w zakresie aktywnego starzenia się. To jest podstawa zdrowia publicznego, przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu. W Polsce podejmuje się już takie działania. Bardzo chwalebne jest, że są już porównania międzyregionalne, to może być bardzo ważne dla polityki zdrowia publicznego.

Na koniec, panie przewodniczący, chciałbym powiedzieć, że 21 kwietnia uczestniczyłem w Brukseli w sympozjum na temat zdrowego starzenia się, przemiany opieki i rozwoju „srebrnej" ekonomii. Miałem tam możliwość rozmowy z głównym autorem tego raportu, panem profesorem Ażgarem Zagidim. Była możliwość przedstawienia osiągnięć

polityki senioralnej w Polsce. Ze strony pana profesora padło określenie, które może warto przytoczyć, że wprawdzie Polska jest nadal na dole rankingu, ale od 2012 r. on sam odnotowuje istotny postęp, a przecież polityka senioralna datuje się, pani minister, od 2012 roku. Materiały z tej konferencji są dostępne w Rządowej Radzie Ludnościowej.

Na zakończenie. W wyniku spotkania przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej z panią minister Beatą Małecką-Liberą pojawił się pomysł przygotowania konferencji naukowej RRL, GUS i MZ pod roboczym tytułem „Zdrowie seniorów w świetle badań stanu zdrowia ludności GUS". Te badania w grudniu zostały wykonane i w ciągu najbliższego roku ich wyniki będą dostępne. Będzie można na nie spojrzeć w świetle prognozy demograficznej GUS do 2050 roku. Bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję za wypowiedź panu profesorowi Szymborskiemu, za ciekawe, ale też inspirujące wystąpienie dotyczące wskaźnika aktywnego starzenia się oraz pewnych pytań-wyzwań związanych z tym narzędziem. O krótką odpowiedź poproszę panią minister Małecką-Liberę. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie profesorze, bardzo dziękuję za pana uwagi i wskazówki. Wielokroć rozmawialiśmy na temat ustawy o zdrowiu publicznym, jak i też o problemach, które powinna ona rozwiązywać. Rozmawialiśmy wielokroć na temat problemów związanych z demografią. Dlatego dziękuję za te wszystkie obszary, o których tutaj pan mówił. Chciałabym się do kilku pana pytań odnieść. Rzeczywiście, wyzwaniem jest realizacja tejże ustawy i wszystkie zadania, które są w niej zapisane. Nie wyobrażam sobie innej możliwości, jak poprzez współpracę, nie tylko ze wszystkimi resortami, które powinny rozumieć problem zdrowia publicznego pod kątem własnej działalności w poszczególnych resortach, ale także oddziaływać na rzecz zdrowia publicznego.

Po drugie, ustawa będzie kierowała różnego rodzaju zadania i programy przede wszystkim do samorządów, do organizacji pozarządowych, ale także do pracodawców. Ten element, związany z grupą osób, która jest aktywna i która pracuje, również leży nam na sercu. Mamy świadomość, że wiele działań w zakresie tzw. medycyny pracy, będzie wymagało korekty i zmian, z tym że od razu mówię, że tego typu zadania i wyzwania będziemy sobie stawiać realizując ustawę o zdrowiu publicznym, a nie sztywne zapisy Narodowego Programu Zdrowia. Jest to olbrzymia rzesza osób, które pracują, także pracodawców, których powinniśmy wciągnąć w temat problemów zdrowia publicznego, o wiele bardziej ich zaangażować. Takie właśnie projekty będziemy przygotowywać.

Kolejna rzecz to statystyka i brak, niestety, dobrych danych epidemiologicznych. Mamy także świadomość, że w tym zakresie jest wiele do zrobienia. Jestem przekonana, że ustawa o zdrowiu publicznym również ten obszar w jakiś sposób poprawia czy zmienia, z tego względu, że kładziemy duży nacisk zarówno na bazę danych, jak również na kształcenie kadr i wykorzystanie tych osób, które w zdrowiu publicznym już w tej chwili są absolwentami.

Kolejna rzecz, o której pan profesor mówił, to jest wyrównywanie nierówności. To jest temat, którym w zakresie zdrowia publicznego zajmowaliśmy się i będziemy zajmować się, bo widzimy potrzebę edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia publicznego.

Reasumując, wszystkie te obszary i tematy, o których pan profesor przed chwilą powiedział, to są wyzwania, które sobie stawiamy. Wierzę głęboko, że w momencie, kiedy ustawa zostanie przyjęta, będziemy mieli naprawdę wiele pracy na wiele miesięcy czy nawet lat, bo przecież trzeba będzie to ustawicznie korygować, ale będziemy w tych obszarach zdecydowanie poprawiać różnego rodzaju wytyczne, które mamy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję, pani minister. Czy w odniesieniu do pytań, sugestii pana profesora Szymborskiego, pani minister Marcińska chciałaby coś dodać? Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MPiPS Małgorzata Marcińska:

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Panie profesorze, zauważył pan też jedną ważną tendencję, że wskaźnik stale wzrasta i na najnowsze wyniki będą miały wpływ efekty pierwszej edycji ASOS, a także już drugiej, bo we wcześniejszym wskaźniku nie były one jeszcze widoczne. Proszę popatrzeć, realizowana konsekwentnie od paru lat polityka senioralna rządu będzie przynosić efekty przy najbliższym badaniu wskaźnika, bo pierwsza edycja ASOS to były lata 2012-2013, teraz mamy ASOS na lata 2014-2020, więc te efekty, jak powiedziałam, będą wpływać systematycznie, co ma znaczenie dla poprawy wskaźnika.

Wspomniał, pan profesor, o kwestii – dlaczego w zatrudnieniu? Dlatego, że obszar rynku pracy jeszcze wcześniej został skutecznie zreformowany, że wskaźnik zatrudnieniowy już się poprawia, a program Solidarność Pokoleń 50+, to jest program z 2011 r., który też został już odnowiony, ale działał jeszcze wcześniej. Jego efekty są już w tym wskaźniku widoczne. Myślę, że najnowszy wskaźnik przyniesie zmiany w postaci polepszenia się w efekcie zaabsorbowania efektów programu, które wdrożyliśmy, nie mówiąc już o kolejnym badaniu, które będzie zawierało efekty WIGOR. Wierzę, że przyniesie to jeszcze większą poprawę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, pani minister Małecka-Libera będzie musiała pójść na kolejne posiedzenie, w związku z tym – czy są jeszcze do pani minister jakieś pytania? Będzie z nami pan dyrektor Poznański, więc w przypadku jakichś wątków, które mogą być poruszone w państwa wypowiedziach, będziemy mieć odpowiednie wsparcie. Jeżeli nie ma, to zwolnimy panią minister. Bardzo dziękujemy.

Sekretarz stanu w MZ Beata Małecka-Libera:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, gdyby padły jakieś pytania, to oczywiście pan dyrektor jest do dyspozycji albo odpowiemy na piśmie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Dziękuję serdecznie. Szanowni państwo, czy w sprawie, którą dzisiaj się zajmujemy, mają państwo jakieś pytania, wątpliwości, uwagi? Jeżeli nie, to poprosimy pana profesora Bolesława Samolińskiego, aby dokonał podsumowania tego etapu, na którym jesteśmy, oraz zakończył naszą dzisiejszą dyskusję. Dziękuję bardzo.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. Bolesław Samoliński:

Muszę powiedzieć, że jest to bardzo ciekawy moment, bo dzięki temu, że dzisiaj rozmawiamy o Active Ageing Index, czyli indeksie aktywnego starzenia się, to poruszamy problem pewnego podsumowania polityki i wytyczenia nowych kierunków. Bardzo ładnie zostało to powiedziane przez panią minister Marcińską i panią minister Małecką-Liberę. Bardzo cenna wypowiedź pana profesora Szymborskiego wskazuje na to, co, moim zdaniem, powinniśmy wprowadzić i wykorzystać – indeks aktywnego starzenia się może być tym, co pomoże nam zbudować politykę senioralną na kolejne lata. On w dużej mierze odzwierciedla to, co zostało zapisane w dokumencie rządowym na temat Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej. Pewne elementy zawarte w tym dokumencie oddają też myśl, czy też parametry, które są badane w Active Ageing Index i to jest bardzo korzystne.

To, co jest niesamowitym wyzwaniem, to fakt, że Unia Europejska nie stoi w miejscu i Active Ageing Index bardzo wyraźnie wzrasta w innych krajach, choć były one znacznie bardziej do przodu w parametryzacji tego, jak wygląda wynik polityki społecznej i zdrowotnej w stosunku do osób w wieku podeszłym. W związku z tym zaczynamy mieć efekt gonienia królika i to jest dla nas wyzwanie. To znaczy, pewne rzeczy muszą być przyspieszone. Ważna wypowiedź profesora Szymborskiego, dotycząca programu Aktywizacji Osób w Wieku Podeszłym mówiła, iż warto byłoby zrobić ewaluację dotychczasowych efektów tego programu i wprowadzić jako stały element do wykorzystania w polityce regionalnej programów ASOS. Udało się udowodnić, że mają one swoje istotne znaczenie. Jest to troszeczkę inne podejście i pewna modernizacja analizy efektywności dokumentu rządowego, jakim jest ASOS.

Jest bardzo dużo obszarów, o których mówiła pani minister Małecka-Libera, dotyczących tego, że jesteśmy w bardzo ważnym momencie, bo z jednej strony mamy ustawę o zdrowiu publicznym, a z drugiej Narodowy Program Zdrowia. Jest on aktem wykonawczym do ustawy o zdrowiu publicznym, nadaje jej konkretny wymiar praktyczny. W narodowym programie cała ewaluacja i strategia powinny uwzględniać te parametry, które są w Active Ageing Index, czyli w indeksie zdrowego starzenia się populacji polskiej. Myślę, że jest to niesamowicie ważna wytyczna do wykorzystania w najbliższym czasie. Myślę, że na bazie tego indeksu i tego, co w tej chwili realizujemy, mamy szansę, żeby w następnym badaniu Polska wypadła lepiej. Jak się startuje prawie z ostatniej pozycji – w poprzedniej analizie byliśmy na ostatniej pozycji, teraz jesteśmy na przedostatniej – to trudno powiedzieć, że o 100% posunęliśmy się do przodu, bo tak można by tę zmianę pozycji z matematycznego punktu widzenia opisać, jednak jest to jakiś krok do przodu. Czeka nas jeszcze bardzo dużo pracy i myślę, że Active Ageing Index jest wytyczną tego, jaką politykę senioralną realizować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję panu profesorowi. Rzeczywiście, będziemy na bieżąco monitorować, jak Polska wygląda w kolejnych rankingach wskaźnika aktywnego starzenia się. Te pozytywne rezultaty, które widzimy w obszarze zatrudnienia, wydłużanie się zatrudnienia i okresu aktywności zawodowej są bardzo istotne, w ciągu ostatniego okresu jest to wzrost o 10 lat.

To pokazują też raporty OECD, które analizowaliśmy na posiedzeniu naszej Komisji. Co jest bardzo ważne w aspekcie zdrowia publicznego i projektowanej ustawy o zdrowiu publicznym, że jest to kolejna ustawa, którą państwo widzą i którą omawiamy, która zawiera w sobie konkretne źródła finansowania. Spojrzałem szybko do projektu i widzę, że źródła finansowania są wyznaczone do roku 2025, czyli, jeżeli Sejm tę ustawę uchwali, to każdy następny rząd będzie zobowiązany do wydatkowania tych środków, które są wskazane. W roku 2016 – przypomnę, że ustawa miałaby wejść w życie od 1 stycznia 2016 r. – na zadania związane z realizacją ustawy o zdrowiu publicznym jest zarezerwowana kwota 974.800 tys. zł. Będzie to blisko miliard złotych rocznie do 2025 r. wydawanych na nowe wyzwania związane ze zdrowiem publicznym i Narodowym Programem Zdrowia, w którego ramach będzie obszar dotyczący zdrowia osób starszych.

Rzecz, o której także warto państwa poinformować, to to, że w dniu jutrzejszym o godzinie 9:00 odbędzie się głosowanie nad omawianą także przez naszą Komisję ustawą o nieodpłatnej pomocy prawnej i edukacji prawnej. W wyniku pracy podkomisji oraz Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka została dokonana zmiana propozycji rządowej, która przewidywała, że nieodpłatną pomocą prawną świadczoną przez radców prawnych, jak i adwokatów, będzie objęta grupa wiekowa 75+. W wyniku pracy podkomisji oraz przyjętego w dniu wczorajszym sprawozdania Komisji Sprawiedliwości i Praw Człowieka nieodpłatną pomocą prawną od 1 stycznia 2016 r. zostaną objęte wszystkie osoby 65+. Przypomnę, że mamy na ten cel, na nieodpłatną pomoc prawną, która będzie zakontraktowana przez wszystkich starostów w naszym kraju w ramach porozumień z dziekanami izb radcowskich i rad adwokackich, kwotę powyżej miliarda złotych do 2025 roku. Można powiedzieć, że spełniliśmy ten postulat środowisk senioralskich, ale również apel rzecznika praw obywatelskich, że osoby starsze nie mają możliwości uzyskania odpowiedniej pomocy prawnej, świadczonej nieodpłatnie. Ten postulat został spełniony.

Jeśli chodzi o ostatni aspekt związany ze wskaźnikiem, który dzisiaj omawialiśmy, czyli partycypację społeczną, to uważam, że w odniesieniu do celów rządowego programu ASOS należy jednak rozważyć go w roku przyszłym, aby te projekty w dużej mierze zachęcały i budowały trwałą partycypację społeczną w grupie wiekowej osób starszych. Chodzi o to, żeby te projekty, które realizują organizacje pozarządowe, fundacje i stowarzyszenia, nie były ukierunkowane na to, że są to formy, do których zaprasza się osoby starsze jako beneficjentów końcowych. Później projekt się kończy i nie ma rezultatów, które są trwale zakorzenione i mają trwały efekt.

Uważam, że rządowy Program Aktywności Osób Starszych powinien być w większej mierze skierowany do organizacji tworzonych przez te osoby. Bo one najlepiej wiedzą, jakie mają oczekiwania i jakie potrzeby w zakresie tych wskaźników, które są w obszarze partycypacji społecznej wskazane przez Komisję Europejską. To jest oczywiście udział w społecznościach lokalnych. Absolutnie ważnym elementem, który mógłby być zdynamizowany dzięki odpowiednim programom, jest powstawanie gminnych rad seniorów, które, jak państwo wiedzą, są trwałym elementem i efektem naszych prac w wyniku nowelizacji ustawy o samorządzie gminnym. Do tego oczywiście zachęcamy.

Druga sprawa to wolontariat osób starszych, który jest na niskim poziomie, jak pokazują wszystkie badania, także diagnoza społeczna, którą w ub.r. przygotowywali: profesor Czapiński z profesorem Błędowskim.

Szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję za dzisiejsze spotkanie. Zachęcam do kontynuowania i zgłaszania tematów istotnych dla państwa. Komisja ma zamiar pracować przez wakacje. Być może w związku z tym jeszcze we wrześniu na wszelkie oczekiwania będziemy w stanie odpowiedzieć w sposób pozytywny.

To jeszcze nie koniec, ponieważ mamy drugi punkt dzisiejszego posiedzenia, który załatwimy bardzo szybko, a którym jest sprawozdanie z działalności NIK. Poproszę przedstawiciela NIK, aby nas do tego tematu wprowadził.

Jeżeli są osoby, które chciałyby opuścić posiedzenie w tym momencie, bardzo proszę.

W naszym gronie chciałbym przywitać także pana Marka Posobkiewicza, pełniącego obowiązki głównego inspektora sanitarnego, który przysłuchiwał się naszemu posiedzeniu, ale który będzie miał bardzo aktywny udział w realizacji ustawy o zdrowiu publicznym. Witamy, panie ministrze, dziękujemy za obecność.

Prosimy przedstawiciela NIK.

Wicedyrektor Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny Najwyższej Izby Kontroli Andrzej Lewiński:

Mam przyjemność po raz pierwszy, z upoważnienia prezesa NIK przedstawić na posiedzeniu Wysokiej Komisji sprawozdanie z działalności NIK w minionym roku. Na wstępie parę słów ogólnie o działalności Izby, jest to bowiem sprawozdanie po raz pierwszy prezentowane na posiedzeniu Wysokiej Komisji. Dokument ten zawiera generalne przesłanie, czyli misję naczelnego organu kontroli państwowej. Jest nią dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie Rzeczpospolitej Polskiej. Może zabrzmieć to trochę górnolotnie, ale staramy się rzetelnie misję wypełniać, jak najlepiej, roztropnie, sumiennie i stosownie do posiadanej przez kontrolerów wiedzy i umiejętności tę właśnie misję realizować.

Sprawozdanie jest obszernym dokumentem. We wstępie zamieszczono kilka słów o jego strukturze. Zaprezentowaliśmy w nim informację o NIK jako instytucji, o podstawach prawnych działalności, strukturze organizacyjnej, realizacji standardów polityki kadrowej w pracach kolegium, informatyzacji…

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Panie dyrektorze, jeżeli można. Wszyscy otrzymaliśmy sprawozdanie. Mam jedną prośbę – bo to będzie istotnym elementem pozytywnego zaopiniowania całego sprawozdania NIK, o które będę wnioskował – chcielibyśmy się dowiedzieć, jakie aspekty dotyczące osób starszych były przedmiotem kontroli, czy też zainteresowania Izby w okresie sprawozdawczym. Gdyby tylko ten element mógł nam pan przedstawić.

Wicedyrektor departamentu NIK Andrzej Lewiński:

Jeżeli pan przewodniczący tak pan sugeruje, to bardzo proszę.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Tak bym prosił.

Wicedyrektor departamentu NIK Andrzej Lewiński:

Koncentrując się na działalności Izby w obszarze pozostającym w zainteresowaniu, czy we właściwości Wysokiej Komisji, chciałbym zaznaczyć, że polityka senioralna została uznana za jeden z priorytetów działalności kontrolnej NIK. Planując kontrole przeprowadzamy analizę ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w funkcjonowaniu organów i urzędów administracji publicznej, także innych instytucji publicznych. Określiliśmy

w roku minionym pięć obszarów występowania ryzyka horyzontalnego, czyli największych i długotrwałych niebezpieczeństw występowania nieprawidłowości. Za jedno z takich ryzyk horyzontalnych uznaliśmy nieskuteczne przeciwdziałanie negatywnym zmianom społeczno-demograficznym.

W sposób szczególny w minionym roku, jak już wspomniałem, NIK zajmował się problematyką zapewnienia powszechnej i niezawodnej opieki medycznej. To był jeden z priorytetów działalności NIK w minionym roku, dotyczący seniorów. Wyniki jednej z ogólnopolskich kontroli, podjętej jeszcze w minionym roku, prezes NIK prezentował na posiedzeniu Wysokiej Komisji 13 maja br. Jeszcze tylko kilka słów. Państwo oczywiście wiedzą, że w świetle wyników tej kontroli system opieki medycznej nad seniorami oceniliśmy jako nieodpowiedni, nieodpowiadający potrzebom tych osób. Prezes NIK zwrócił uwagę na niedobór lekarzy geriatrów, specjalistycznych poradni i oddziałów szpitalnych o tym profilu. Wskazał także na jedną z głównych barier technicznych o charakterze formalnym na drodze do polepszenia sytuacji – chodzi o metodę rozliczania świadczeń medycznych przez NFZ. Podsumowaniem wyników tej kontroli, dosyć istotnej z punktu widzenia działania Wysokiej Komisji, było stwierdzenie, że opieka zdrowotna adresowana do osób w podeszłym wieku powinna się opierać na założeniach wskazanych w Programie Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020. Powinna także uwzględniać wnioski wynikające z kontroli. Rzetelna analiza potrzeb, która leży w gestii zarówno organizatora systemu, jak i płatnika świadczeń, powinna w krótkim czasie wskazać rejony szczególnego deficytu opieki geriatrycznej.

Konstruując plan pracy NIK na 2014 rok uznaliśmy w związku z decyzjami Sejmu, powołującymi w maju ub.r. Komisję Polityki Senioralnej, za niezbędne przeprowadzenie ogólnopolskiej kontroli organizacji opieki nad seniorami, wykonywanej przez jednostki samorządu terytorialnego. Kontrolę tę nazwaliśmy „Świadczenie pomocy osobom starszym przez gminy i powiaty”. Tę kontrolę już prowadzimy. W jej wyniku ocenimy funkcjonowanie systemu pomocy kierowanej do osób starszych, m.in. w zakresie zapewnienia dostępu do usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania, a także obowiązujących standardów pobytu w domach pomocy społecznej.

W kontrolach ośrodków pomocy społecznej w starostwach powiatowych i domów pomocy społecznej, koncentrować się będziemy na badaniu skuteczności stosowanych instrumentów adresowanych do seniorów. Nawiązując do sugestii Wysokiej Komisji, która została zgłoszona w maju br. do planu pracy Izby na przyszły rok, możemy uprzedzająco powiedzieć, że te sugestie są już realizowane. Przypomnę tylko, że dotyczą one kilku zagadnień: chodzi o zaspokajanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych, dostępność usług pozarodzinnych dla osób starszych w środowiskach lokalnych – są one aktualnie przedmiotem kontroli.

W kontroli, o której powiedziałem, uznaliśmy kolejne, sugerowane przez Wysoką Komisję wątki – chodzi o ocenę systemu finansowania pobytu pensjonariuszy w DPS oraz o to, w jaki sposób jest to organizowanie, jak realizowany jest nadzór administracji publicznej czy organów administracji publicznej nad funkcjonowaniem i warunkami opieki w publicznych i prywatnych domach.

Ponieważ Wysoka Komisja była zainteresowana kolejnymi elementami dodam, że program kontroli uwzględnia również taki element, jak badanie prawidłowości kierowania osób do DPS i finansowania ich pobytu, a także ocenę działań podejmowanych przez samorząd w zakresie utrzymania i rozwoju infrastruktury tych domów. Powiem tylko, że informację o wynikach tej kontroli przedłożymy Wysokiej Komisji do końca bieżącego roku, tak planujemy. Mam nadzieję, że jakieś incydentalne wydarzenia nie spowodują, że ten termin zostanie przesunięty. Chodzi o to, że mogą być jakieś zastrzeżenia, które zawsze opóźniają opublikowanie wyników kontroli, bo trzeba je rozpatrzyć. Chciałbym też powiedzieć, że wynikami tej konkretnej kontroli zainteresowana jest także Komisja ds. Kontroli Państwowej, tej Komisji również przedłożymy informację o wynikach kontroli.

Kolejną bardzo istotną sprawą, którą też dzisiaj roztrząsaliśmy, jest kwestia rynku pracy i szans osób 50+ – tak to w statystyce jest identyfikowane – na zatrudnienie. Przeprowadziliśmy taką kontrolę, informacja o jej wynikach była przez nas przedstawiona

Wysokiemu Sejmowi w styczniu 2014 roku. Te szanse oceniliśmy dosyć krytycznie z różnych powodów, nie będę się wgłębiał w tę sprawę, ponieważ ten problem i wyniki kontroli również były prezentowane przy innej okazji, trochę wcześniej, w marcu br., przez wiceprezesa NIK pana Jacka Uczkiewicza.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, polityka senioralna jest powiązana z polityką zdrowotną państwa, która kształtuje organizację systemu ochrony zdrowia, finansowaną ze środków publicznych. Powinna ona uwzględniać potrzeby osób powyżej 60. roku życia, a także skutki wydłużenia się życia Polek i Polaków, to jest sprawa oczywista, dzisiaj o tym była mowa. Chcemy, jako NIK, przeprowadzić takie kontrole. Powiem też, jakie kontrole właśnie prowadziliśmy, które dotykają, może nie bezpośrednio samych osób w wieku senioralnym, ale w bardzo dużym stopniu dotyczą właśnie osób z tej grupy. Chciałbym wspomnieć o kontroli dostępności nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W jej wyniku stwierdziliśmy, że część świadczeniodawców nie zapewniła właściwej dla danego obszaru liczby zespołów lekarskich, lekarsko-pielęgniarskich, że często czas oczekiwania na wizytę domową jest znacznie wydłużony. Ustalenia kontroli, chodzi o kontrolę, którą nazwaliśmy „Realizacja zadań NFZ w ramach planu finansowego na 2013 r.” wskazywały, że dostęp do świadczeń zdrowotnych, mierzony czasem oczekiwania na ich udzielenie, pogorszył się w porównaniu z okresem poprzednich dwóch lat, chodzi o rok 2013. Utrzymywały się ponadto znaczące dysproporcje pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ w dostępie do świadczeń zdrowotnych, mierzone tradycyjnie liczbą świadczeń przypadających na 10 tys. osób ubezpieczonych, jaki czasem oczekiwania na ich udzielenie.

Wspomnę jeszcze o dwóch kontrolach. Chodzi o kontrolę Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Stwierdziliśmy, że nie zostały osiągnięte podstawowe cele programu, wskaźniki wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności, które nadal znacznie odbiegały od wyników europejskich. NIK wskazała przy tej okazji na wiele innych niedociągnięć w realizacji poszczególnych zadań programu.

Ostatnia kontrola – chodzi o kontrolę dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej. NIK wskazała, że istnieje potrzeba zakończenia prac nad projektem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, która regulowałaby zasady wykonywania tego zawodu, a także potrzebę podjęcia przez ministra zdrowia działań na rzecz opracowania standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej. Obecnie nie obowiązują żadne wymagania wobec osób wykonujących ten zawód. Skutkiem jest wykonywanie go również przez osoby bez żadnych kwalifikacji, co stwarza zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

Wymieniłem tylko kilka kontroli. Jeśli ktoś z państwa jest zainteresowany, to nadmienię, że pełna lista kontroli w sferze opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia, znajduje się w sprawozdaniu na stronach od 301 do 331. Starałem się je przedstawić możliwie krótko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Bardzo serdecznie dziękuję wicedyrektorowi Departamentu Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny NIK, panu Andrzejowi Lewińskiemu, za przedstawienie tego sprawozdania z działalności NIK. Chciałbym w imieniu prezydium Komisji, a w szczególności swoim i pani profesor Józefy Hrynkiewicz podziękować, że wszystkie zgłaszane przez nas tematy kontroli w roku przyszłym zostały uwzględnione. Słucham?

Wicedyrektor departamentu NIK Andrzej Lewiński:

Były wcześniej realizowane.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Zostały uwzględnione w planie kontroli NIK – mówię o kolejnym roku…

Wicedyrektor departamentu NIK Andrzej Lewiński:

Nie, już w tym roku nawet.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Już w tym roku, tak? To bardzo się cieszę. Czyli zostały uwzględnione i już są w przygotowaniu, można tak powiedzieć.

Wicedyrektor departamentu NIK Andrzej Lewiński:

Kontrola już się toczy.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

Już jedna kontrola się toczy?

Wicedyrektor departamentu NIK Andrzej Lewiński:

Jak już wspomniałem, informacja prawdopodobnie będzie gotowa do końca roku, czyli w grudniu, może w styczniu 2016 roku.

Przewodniczący poseł Michał Szczerba (PO):

To fantastyczna wiadomość, czyli widać, jak ważne to były kontrole. Cieszymy się, że NIK podzieliła nasze wskazania, nasze propozycje.

Do rozważenia oczywiście temat, panie dyrektorze – w strukturach różnych instytucji są wydzielane specjalne komórki organizacyjne, mamy informacje, że także w ramach resortu zdrowia w Departamencie Zdrowia Publicznego powstaje aktualnie specjalny wydział ds. polityki senioralnej. Pytanie – jest to oczywiście pewna propozycja do rozważenia przez prezesa i kierownictwo NIK – czy również w Departamencie Pracy, Spraw Społecznych i Rodziny albo w nazwie departamentu lub też w ramach struktury departamentu nie powinno się wyodrębnić takiego wydziału czy komórki organizacyjnej, która byłaby poświęcona polityce senioralnej. Abyśmy my, jako stała Komisja sejmowa, ale też i poszczególne resorty, mogli współpracować w sposób bardziej, że tak powiem, identyfikowalny. To jest pewna propozycja, którą pozwalam sobie przedstawić.

Myślę, że w tym momencie moglibyśmy przystąpić do wyrażenia przez naszą Komisję opinii nr 1o sprawozdaniu z działalności NIK w 2014 r., to jest opinia dla Komisji ds. Kontroli Państwowej uchwalona na posiedzeniu 24 czerwca 2015 r.: „Komisja Polityki Senioralnej, na posiedzeniu w dniu 24 czerwca 2015 roku, rozpatrzyła sprawozdanie z działalności NIK w 2014 r. (druk 3508) w zakresie działania Komisji. Komisja po wysłuchaniu szczegółowych wyjaśnień przedstawiciela NIK przyjęła powyższe sprawozdanie, nie zgłaszając do niego uwag i wniosków”.

Czy ktoś z państwa jest przeciwny przyjęciu takiej opinii? Nie słyszę. W związku z tym stwierdzam, że Komisja przyjęła przedmiotową opinię.

Szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję wszystkim za obecność, za uwagę i do zobaczenia na kolejnym posiedzeniu Sejmu. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.